

nein

Einverständniserklärung

Name des Impflings:

Geboren am:

Durchführung der Impfung gegen (bitte ankreuzen / einfügen)

Cholera		Influenza / Grippe	Pneumokokken (Polysaccharid)
FSME	☐	Jap. Enzephalitis	Poliomyelitis (IPV)
Gelbfieber		MMR	Tdap-IPV (4-fach)
Hepatitis A		MMR-V	Tdap (3-fach)
Hepatitis B		Meningokokken ACWY	Tollwut
Hepatitis A/B		Meningokokken B	Typhus
Hepatitis A/Typhus		Meningokokken C	Varizellen
HPV		Pneumokokken (Konj.)	Zoster

Andere Impfungen/ Kombinationsimpfstoffe.....

Ich bin von meinem Arzt/meiner Ärztin im Gespräch
und unter Verwendung eines Aufklärungsbogens oder Merkblatts
ausführlich über die Impfung aufgeklärt worden.

Ich habe keine weiteren Fragen.

Ich willige in die vorgeschlagene(n) Impfung(en) ein.

Ich lehne die Impfung(en) ab. Über mögliche Nachteile der Ablehnung wurde ich informiert.

Impfdokumentation – wird durch die B•A•D GmbH ausgefüllt					Injektion in Oberarm			
Dosis	Datum	Impfstoff	Chargen-Nr.	Impfarzt	re	li	sc	im
1								
Fragen vor 2. / 3. Dosis (durch Impfarzt zu klären -> ggf. nicht oder später impfen): Impfung vertragen? Relevante Änderungen bezüglich Krankheiten / Allergien? OP? Schwangerschaft? Hyposensibilisierung? Immunsuppression? Akute Krankheit?								
2								
3								

Unterschrift/Kürzel vom aufklärenden Impfarzt:

Vermerke

Ort, Datum.....

Unterschrift des Impflings bzw. des Sorgeberechtigten

Unterschrift des Arztes/der Ärztin

» Wir bitten Sie, nach der Impfung noch 15 Minuten im Wartebereich zu bleiben. «